

(2) 都市規模別2（市区町村）連携活動評価尺度得点の関係

「連携活動評価尺度」尺度得点について、一般的な事例とこれまでに印象に残った1事例の得点の比較を都市規模別（市区町村）に行なったところ、「機関との連携の有無と有益性」尺度得点の結果とは異なり、どの都市規模においても、一般的な事例よりこれまでに印象に残った1事例の得点の方が高い得点となっていた。

表 51 都市規模別2（市区町村）連携活動評価尺度得点（調査1と調査2の比較）

都市区分2		平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
市	調査1	22.3	5.21	0	40	7333
	調査2	24.6	6.04	0	46	6875
町	調査1	22.8	4.92	1	42	3335
	調査2	24.7	5.82	2	44	3180
村	調査1	23.9	4.72	7	35	449
	調査2	25.4	6.19	2	42	419
区	調査1	23.0	4.88	3	37	807
	調査2	25.6	5.45	1	41	746
合計	調査1	22.5	5.10	0	42	11924
	調査2	24.8	5.95	0	46	11220

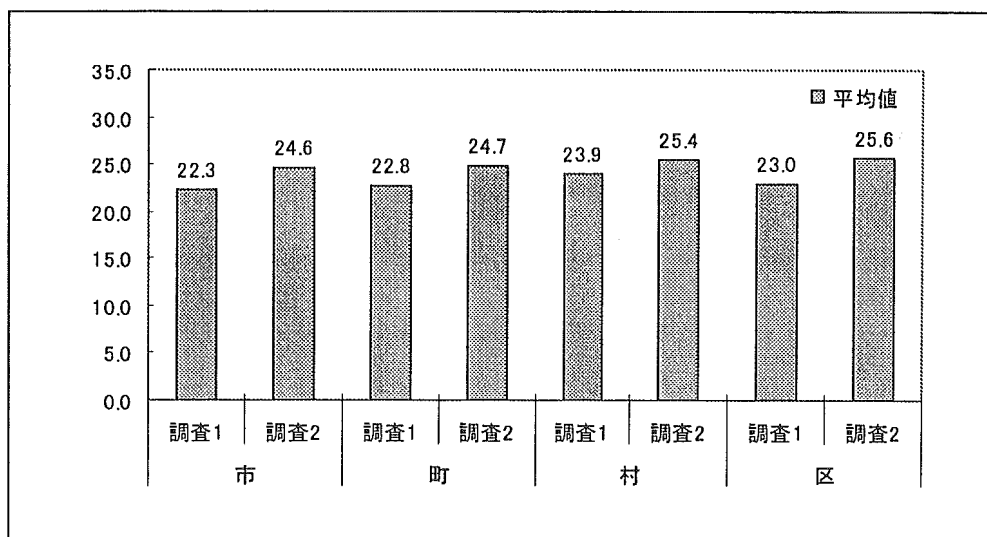


図 64 都市規模別2（市区町村）連携活動評価尺度得点（調査1と調査2の比較）

### 3. 調査1と調査2における地域別の比較

#### (1) 地域名と「機関との連携の有無と有益性」尺度得点の関係

「機関との連携の有無と有益性」尺度得点について、一般的な事例とこれまでに印象に残った1事例の得点の比較を地域名別に行なったところ、どの地域においても、一般的な事例よりこれまでに印象に残った1事例の得点の方が低い得点となっていた。

表 52 地域と「機関との連携の有無と有益性」尺度得点 (調査1と調査2の比較)

地方		平均値	標準偏差	最小値	最大値	度数
北海道	調査1	38.1	13.54	0	75	577
	調査2	18.1	10.00	0	82	568
東北	調査1	41.8	15.26	5	93	1133
	調査2	19.0	11.50	0	96	1039
関東	調査1	35.7	14.90	0	100	2380
	調査2	17.9	10.66	0	80	2235
信越・北陸	調査1	41.6	16.06	0	90	849
	調査2	18.7	10.95	0	96	813
東海	調査1	36.2	14.69	0	90	1037
	調査2	17.5	10.40	0	92	978
近畿	調査1	39.5	14.95	0	97	1453
	調査2	19.3	10.75	0	96	1312
中国	調査1	42.3	15.47	0	96	621
	調査2	19.7	10.76	0	66	614
四国	調査1	37.8	13.62	2	75	417
	調査2	18.5	9.91	0	55	393
九州・沖縄	調査1	39.2	15.09	0	100	1078
	調査2	18.7	10.34	0	67	1025
合計	調査1	38.6	15.15	0	100	9545
	調査2	18.5	10.69	0	96	8977

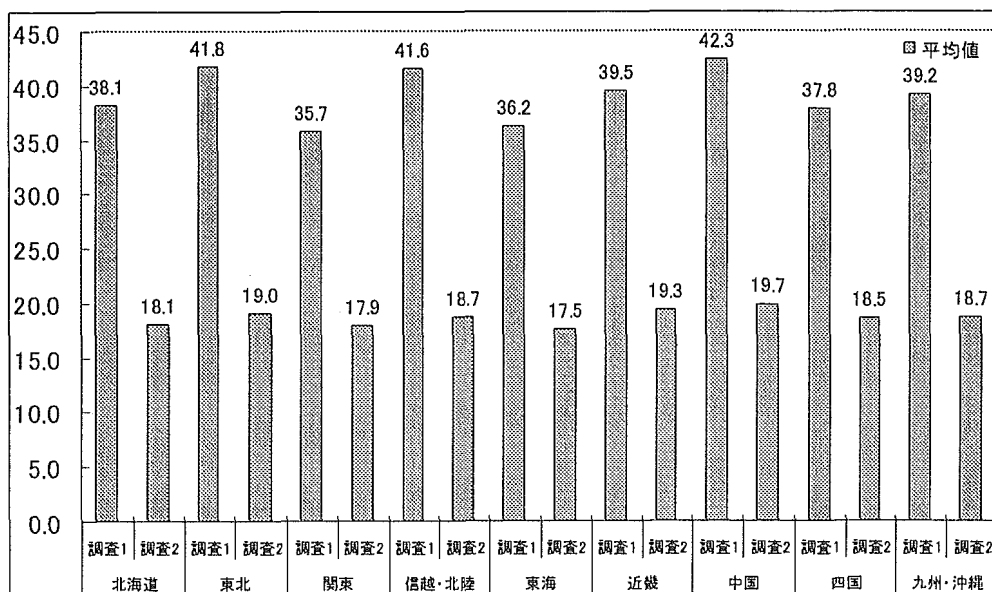


図 65 地域名と「機関との連携の有無と有益性」尺度得点の関係 (調査1と調査2の比較)

(2) 地域名別連携活動評価尺度得点の関係

「連携活動評価尺度」尺度得点について、一般的な事例とこれまでに印象に残った1事例の得点の比較を都市規模別（政令、中核、その他の市町村）に行なったところ、どの地域においても、一般的な事例よりこれまでに印象に残った1事例の得点の方が高い得点となっていた。

表 53 地域別連携活動評価尺度得点（調査1と調査2の比較）

地方		平均値	標準偏差	最小値	最大値	度数
北海道	調査1	22.9	4.98	2	36	777
	調査2	25.3	5.74	7	45	741
東北	調査1	22.7	5.14	5	42	1381
	調査2	24.8	6.14	3	46	1273
関東	調査1	21.8	5.17	0	38	2949
	調査2	24.3	6.01	0	45	2772
信越・北陸	調査1	23.3	4.99	0	39	1071
	調査2	25.1	5.91	3	45	1005
東海	調査1	21.4	5.20	4	37	1237
	調査2	23.4	6.05	2	41	1183
近畿	調査1	23.0	4.93	0	39	1833
	調査2	25.4	5.78	0	45	1725
中国	調査1	23.0	4.99	0	39	851
	調査2	25.1	5.91	1	39	801
四国	調査1	22.2	5.14	3	36	503
	調査2	24.7	5.68	3	40	485
九州・沖縄	調査1	23.2	4.93	3	39	1322
	調査2	25.3	5.76	3	44	1235
合計	調査1	22.5	5.10	0	42	11924
	調査2	24.8	5.95	0	46	11220

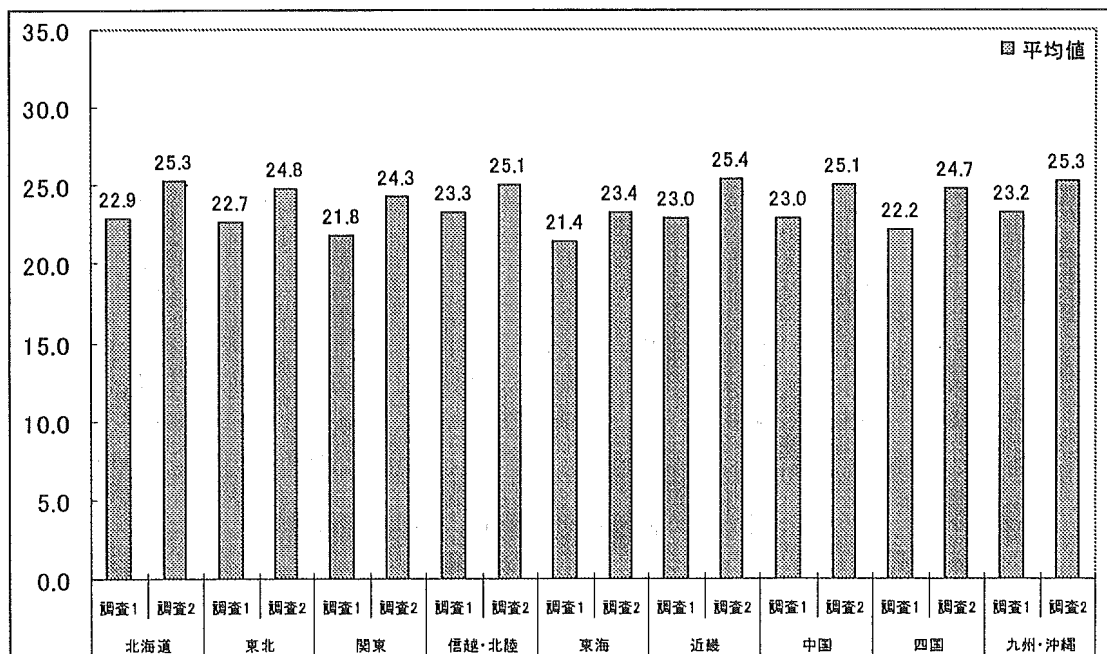


図 66 地域名別連携活動評価尺度得点の関係（調査1と調査2の比較）

4. 調査1と調査2における年齢階層別の比較

(1) 年齢階層と「機関との連携の有無と有益性」尺度得点の関係

「機関との連携の有無と有益性」尺度得点について、一般的な事例とこれまでに印象に残った1事例の得点の比較を年齢階層別に行なったところ、どの年齢階層においても、一般的な事例よりこれまでに印象に残った1事例の得点の方が低い得点となっていた。

表 54 年齢階層別の調査1と調査2の比較

年齢区分		平均値	標準偏差	最小値	最大値	度数
20歳代	調査1	36.7	15.09	0	93	2674
	調査2	16.1	10.41	0	92	2478
30歳代	調査1	37.3	14.80	0	100	3411
	調査2	18.4	10.02	0	96	3221
40歳代	調査1	40.3	14.43	0	100	2458
	調査2	20.1	10.69	0	96	2346
50歳代	調査1	43.3	16.10	0	100	1140
	調査2	21.0	11.94	0	88	1063
60歳代	調査1	48.9	17.67	14	88	36
	調査2	19.5	10.34	2	43	31
合計	調査1	38.7	15.13	0	100	9719
	調査2	18.5	10.68	0	96	9139

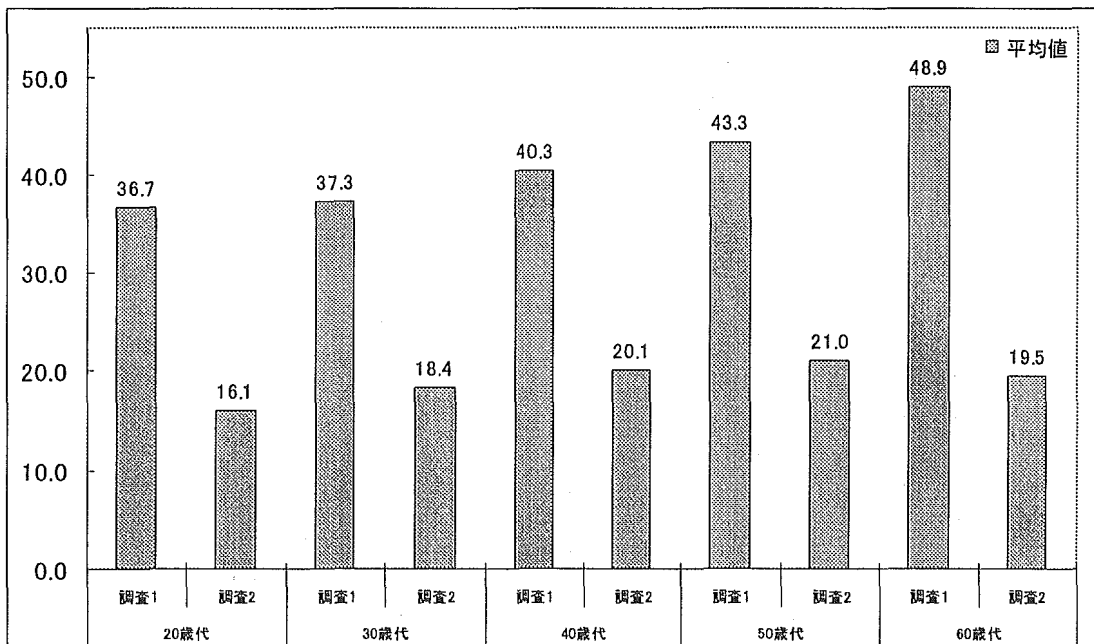


図 67 年齢階層別の調査1と調査2の比較

(2) 年齢階層と連携活動評価尺度得点との関係

「連携活動評価尺度」尺度得点について、一般的な事例とこれまでに印象に残った1事例の得点の比較を年齢階層別に行なったところ、どの年齢階層においても、一般的な事例よりこれまでに印象に残った1事例の得点の方が高い得点となっていた。

表 55 年齢階層と連携活動評価尺度得点 (調査1と調査2の比較)

年齢区分		平均値	標準偏差	最小値	最大値	度数
20歳代	調査1	21.0	4.88	1	37	3211
	調査2	22.6	6.09	0	45	3054
30歳代	調査1	21.9	4.81	0	38	4154
	調査2	24.7	5.60	0	46	3930
40歳代	調査1	23.4	4.99	0	39	3161
	調査2	26.0	5.63	0	45	2971
50歳代	調査1	25.3	5.15	0	42	1551
	調査2	27.1	5.68	0	43	1411
60歳代	調査1	24.6	4.69	16	34	43
	調査2	26.2	5.03	12	34	38
合計	調査1	22.5	5.11	0	42	12120
	調査2	24.8	5.95	0	46	11404

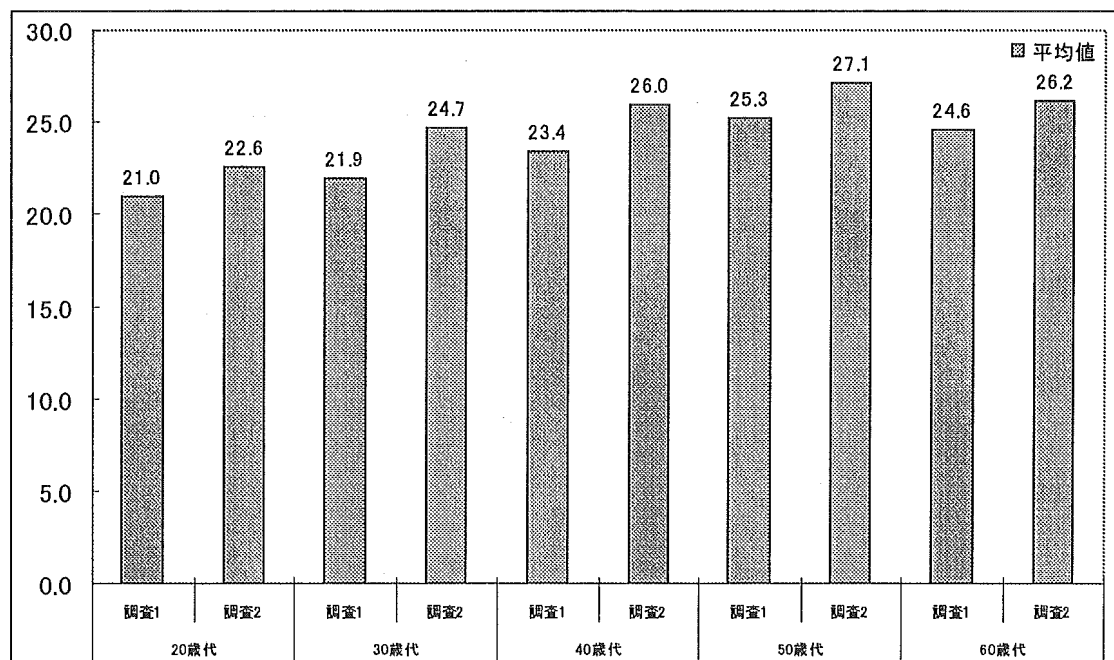


図 68 年齢階層と連携活動評価尺度得点との関係 (調査1と調査2の比較)

5. 調査1と調査2における職位別の比較

(1) 職位と「機関との連携の有無と有益性」尺度得点の関係

「機関との連携の有無と有益性」尺度得点について、一般的な事例とこれまでに印象に残った1事例の得点の比較を職位別に行なったところ、どの職位別においても、一般的な事例よりこれまでに印象に残った1事例の得点の方が低い得点となっていた。

表 56 調査1と調査2における職位別の比較

役職		平均値	標準偏差	最小値	最大値	度数
一般	調査1	37.1	14.95	0	100	5137
	調査2	17.4	10.46	0	96	4795
主任	調査1	38.7	14.63	0	100	1629
	調査2	18.8	10.02	0	96	1560
主査	調査1	40.1	14.88	0	86	1143
	調査2	20.3	10.90	0	74	1087
係長	調査1	43.1	14.76	0	88	853
	調査2	21.0	11.46	0	96	801
課長補佐	調査1	47.4	14.53	2	100	304
	調査2	21.6	11.65	0	82	291
課長	調査1	50.2	17.62	8	87	100
	調査2	22.4	13.27	0	65	83
その他	調査1	36.3	14.83	0	96	548
	調査2	18.3	10.27	0	64	512
合計	調査1	38.7	15.13	0	100	9714
	調査2	18.5	10.68	0	96	9129

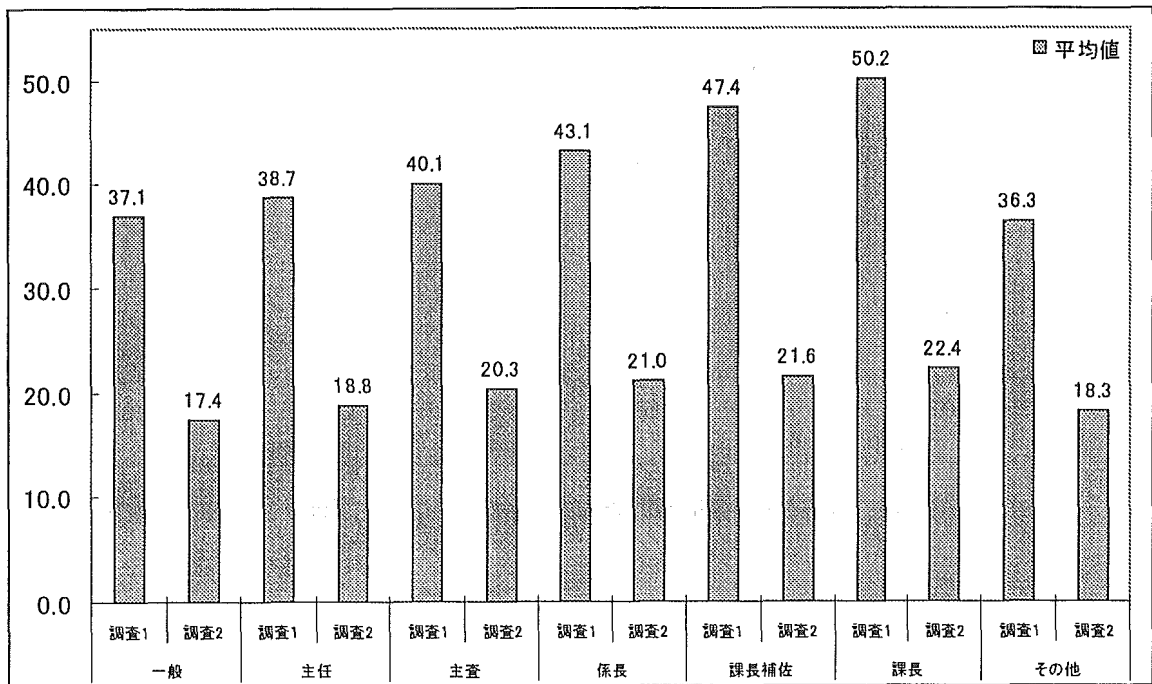


図 69 調査1と調査2における職位別の比較

(2) 職位と連携活動評価尺度得点の関係

「連携活動評価尺度」尺度得点について、一般的な事例とこれまでに印象に残った1事例の得点の比較を職位別に行なったところ、どの職位においても、一般的な事例よりこれまでに印象に残った1事例の得点の方が高い得点となっていた。

表 57 職位と連携活動評価尺度得点 (調査1と調査2の比較)

役職		平均値	標準偏差	最小値	最大値	度数
一般	調査1	21.4	4.85	0	37	6279
	調査2	23.7	5.96	0	46	5932
主任	調査1	22.5	4.78	0	36	2083
	調査2	25.3	5.67	0	45	1978
主査	調査1	23.7	4.90	0	39	1418
	調査2	26.0	5.56	3	44	1356
係長	調査1	25.3	4.75	6	42	1118
	調査2	27.0	5.46	4	43	1034
課長補佐	調査1	26.1	5.03	5	38	413
	調査2	27.5	5.70	0	41	370
課長	調査1	27.4	5.31	1	40	137
	調査2	28.4	5.21	12	40	116
その他	調査1	22.1	5.71	0	37	658
	調査2	24.7	6.15	1	42	604
合計	調査1	22.5	5.12	0	42	12106
	調査2	24.8	5.96	0	46	11390

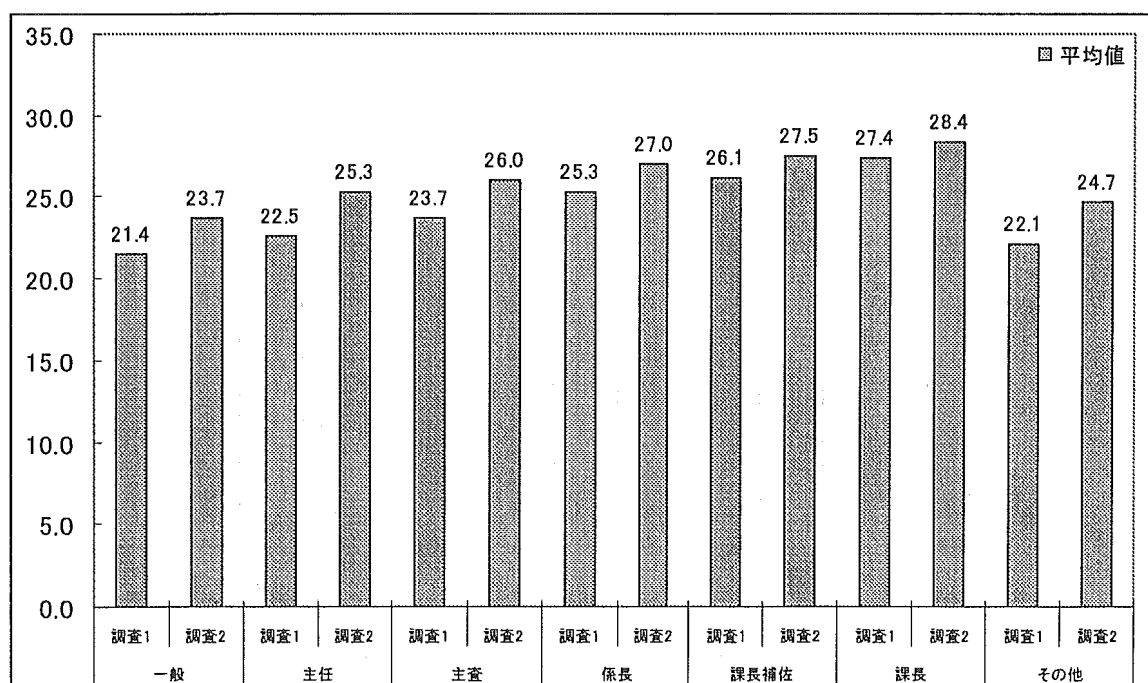


図 70 職位と連携活動評価尺度得点の関係 (調査1と調査2の比較)

6. 調査1と調査2における所属部署別

(1) 所属部署と「機関との連携の有無と有益性」尺度得点の関係

「機関との連携の有無と有益性」について、一般的な事例とこれまでに印象に残った1事例の得点の比較を所属部署別に行なったところ、どの所属部署においても、一般的な事例よりこれまでに印象に残った1事例の得点の方が低い得点となっていた。

表 58 調査1と調査2における所属部署別

所属部署		平均値	標準偏差	最小値	最大値	度数
保健	調査1	38.7	15.30	0	100	5398
	調査2	17.7	10.55	0	96	5090
保健福祉	調査1	40.2	15.15	0	100	2786
	調査2	19.1	10.58	0	90	2665
福祉	調査1	38.1	14.00	2	89	592
	調査2	22.2	11.83	0	96	561
介護	調査1	34.1	12.80	0	78	634
	調査2	19.6	9.97	0	82	554
その他	調査1	32.8	16.80	0	87	230
	調査2	18.7	10.91	0	58	208
合計	調査1	38.6	15.16	0	100	9640
	調査2	18.5	10.68	0	96	9078

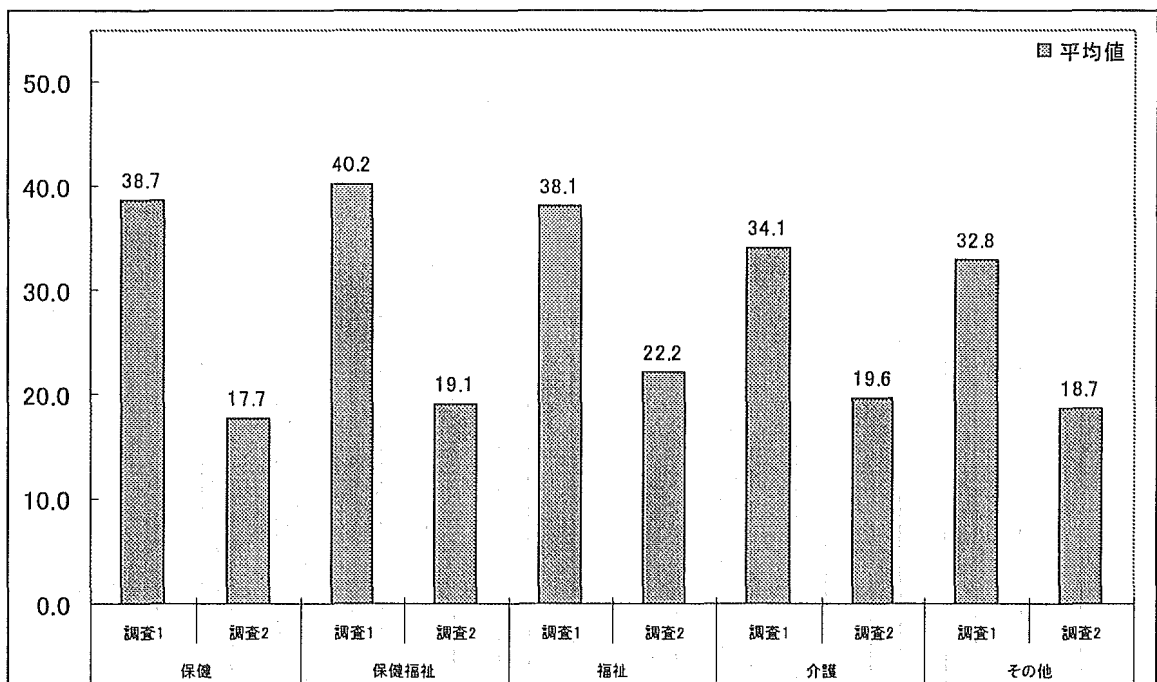


図 71 調査1と調査2における所属部署別



(2) 所属部署と連携活動評価尺度得点の関係

「連携活動評価尺度」尺度得点について、一般的な事例とこれまでに印象に残った1事例の得点の比較を所属部署別に行なったところ、どの所属部署においても、一般的な事例よりこれまでに印象に残った1事例の得点の方が高い得点となっていた。

表 59 所属部署と連携活動評価尺度得点 (調査1と調査2の比較)

所属部署		平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
保健	調査1	22.1	4.93	0	39	6639
	調査2	24.3	6.01	0	45	6238
保健福祉	調査1	23.0	5.02	0	42	3568
	調査2	25.1	5.76	0	45	3387
福祉	調査1	24.2	5.37	0	39	768
	調査2	26.4	5.58	8	45	727
介護	調査1	22.2	5.77	0	40	764
	調査2	25.4	5.96	0	45	701
その他	調査1	22.7	6.24	0	38	278
	調査2	25.1	6.69	0	44	268
合計	調査1	22.5	5.11	0	42	12017
	調査2	24.8	5.95	0	45	11321

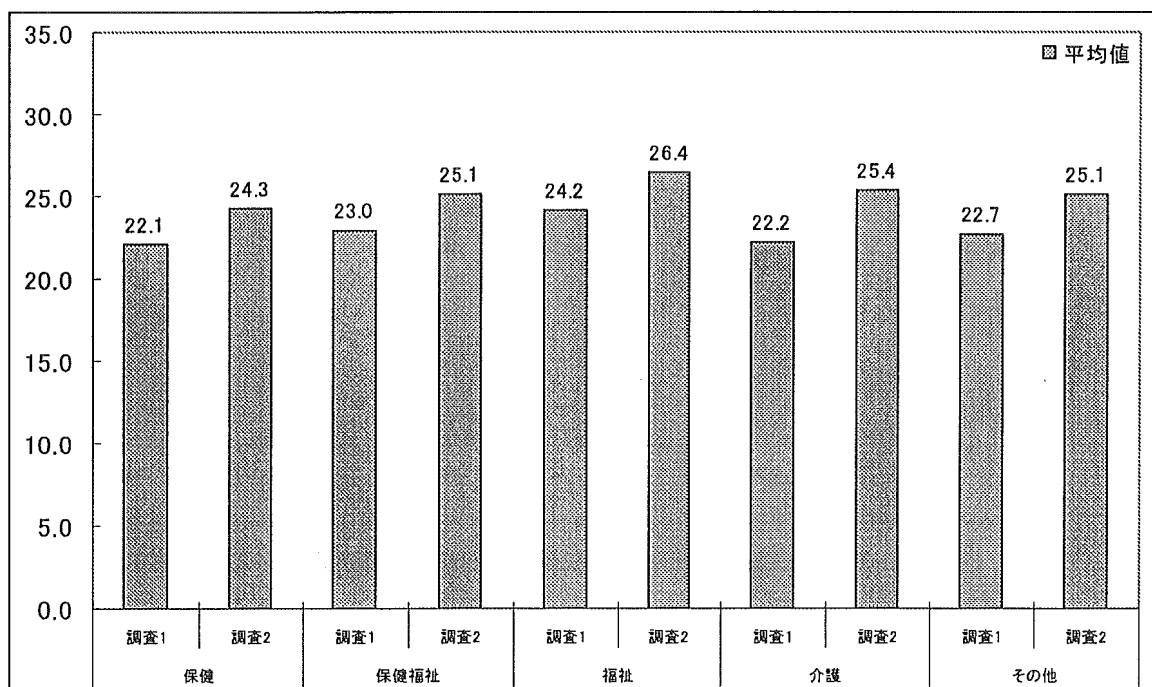


図 72 所属部署と連携活動評価尺度得点の関係 (調査1と調査2の比較)

7. 調査1と調査2における精神的健康度と連携評価活動得点の関係

(1) 精神的健康度と「機関との連携の有無と有益性」尺度得点の関係

「機関との連携の有無と有益性」尺度得点について、一般的な事例とこれまでに印象に残った1事例の得点の比較を精神的健康度の得点別（0点、1～3点、4点以上）に行なったところ、どの得点においても、一般的な事例よりこれまでに印象に残った1事例の得点の方が高い得点となっていた。

表 60 調査1と調査2における精神的健康度と連携評価活動得点の関係

精神的健康度		平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
0点	調査1	39.2	15.23	0	84	1287
	調査2	19.3	11.51	0	96	1203
1点～3点	調査1	38.6	15.21	0	100	4057
	調査2	18.5	10.59	0	90	3780
4点以上	調査1	38.5	15.06	0	100	4266
	調査2	18.3	10.49	0	96	4053
合計	調査1	38.7	15.14	0	100	9610
	調査2	18.5	10.68	0	96	9036

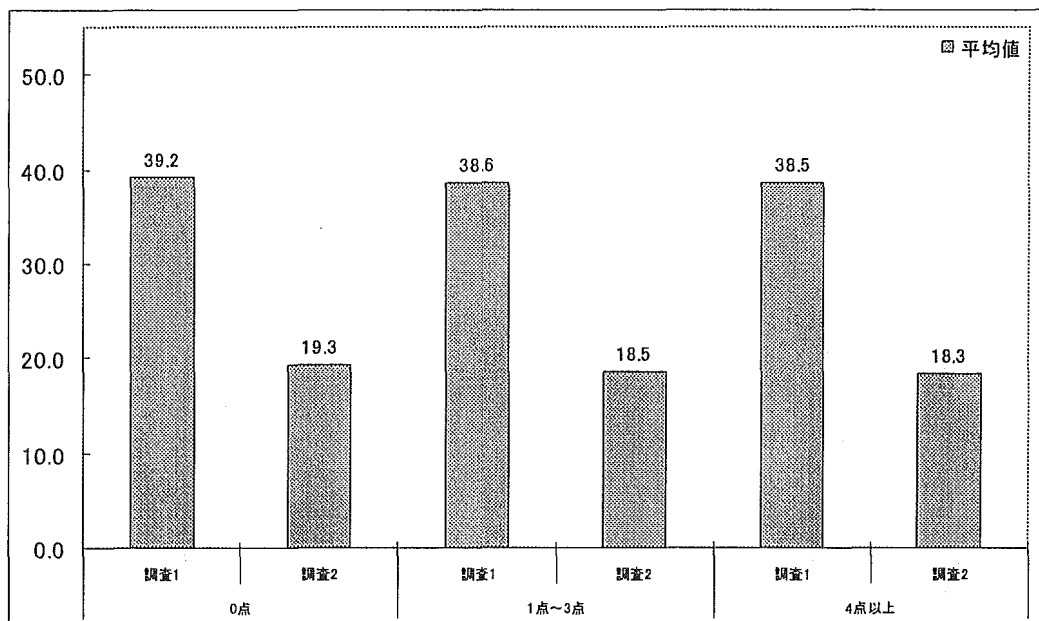


図 73 調査1と調査2における精神的健康度と連携評価活動得点の関係

(2) 精神的健康度と連携活動評価尺度得点の関係

「連携活動評価尺度」尺度得点について、一般的な事例とこれまでに印象に残った1事例の得点の比較を精神的健康度の得点別（0点、1～3点、4点以上）に行なったところ、どの得点においても、一般的な事例よりこれまでに印象に残った1事例の得点の方が高い得点となっていた。

表 61 精神的健康度と連携活動評価尺度得点の関係（調査1と調査2の比較）

精神的健康度		平均値	標準偏差	最小値	最大値	度数
0点	調査1	22.6	5.25	0	39	1649
	調査2	24.9	5.85	3	45	1511
1点～3点	調査1	22.9	5.18	0	42	5007
	調査2	25.1	6.03	0	44	4731
4点以上	調査1	22.2	4.97	0	38	5316
	調査2	24.4	5.88	0	46	5034
合計	調査1	22.5	5.11	0	42	11972
	調査2	24.8	5.95	0	46	11276

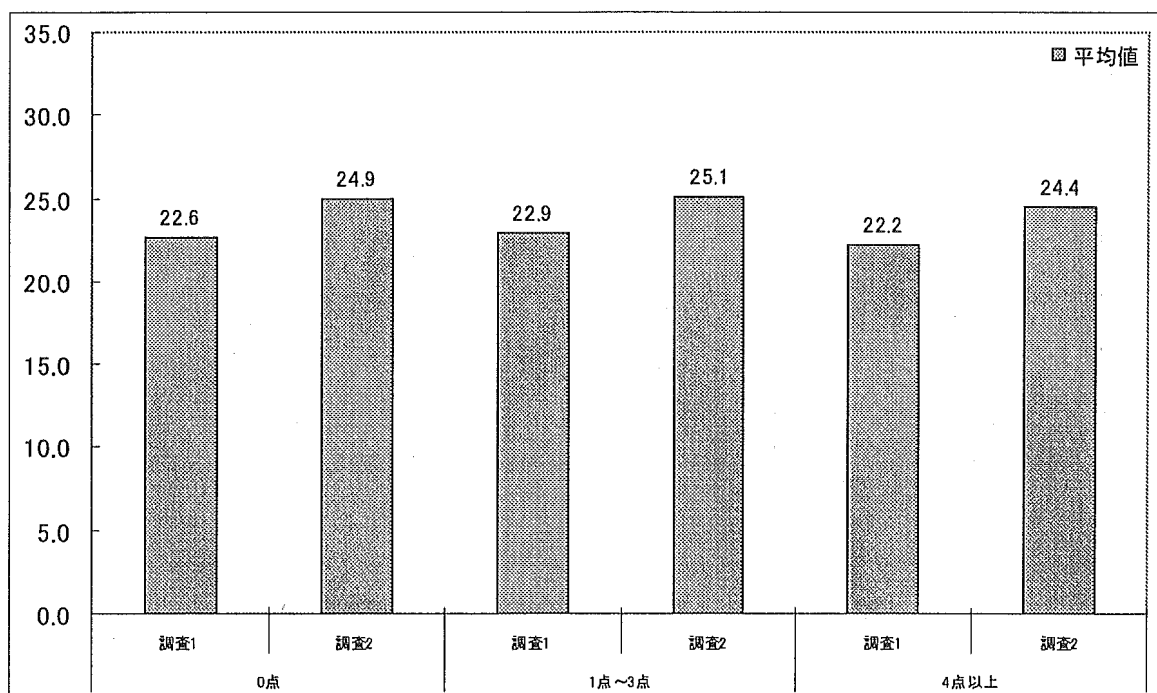


図 74 精神的健康度と連携活動評価尺度得点の関係（調査1と調査2の比較）

(3) 調査1と調査2における連携得点別精神的健康度

一般的な事例と印象に残った1事例の「連携活動評価尺度」尺度得点分布を16点以下、17～28点以下、29点以上に区分し、それぞれの区分ごとに精神的健康度得点の平均値を比較したところ、一般的な事例でも、印象に残った1事例についても、連携得点が低い集団は精神的健康度の得点が高く、精神的に不健康であることが示された。

表 62 調査1と調査2における連携得点別精神的健康度

	連携得点区分	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
調査1	16点以下	3.9	3.08	0	12	1363
	17点以上28点以下	3.6	2.87	0	12	9304
	29点以上	3.1	2.68	0	12	1305
調査2	16点以下	3.8	3.07	0	12	901
	17点以上28点以下	3.6	2.87	0	12	7460
	29点以上	3.3	2.78	0	12	2915
合計	調査1	3.6	2.88	0	12	11972
	調査2	3.6	2.87	0	12	11276

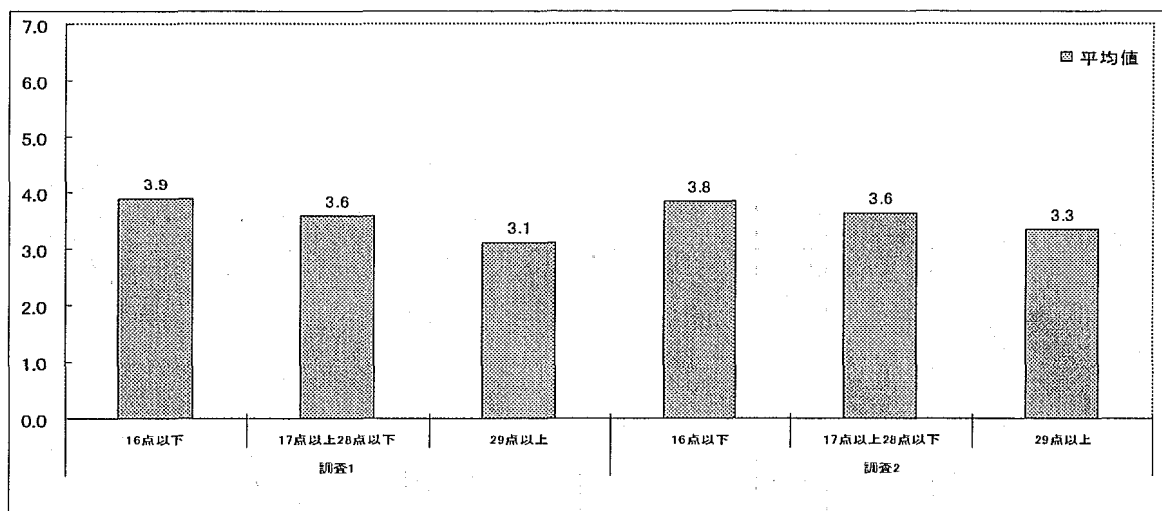


図 75 調査1と調査2における連携得点別精神的健康度

表 63 調査1と調査2における連携得点別精神的健康度 平均値の差と有意確立

			平均値の差	有意確率(P)
調査1	16点以下	17点以上28点以下	0.31	0.00 **
		29点以上	0.81	0.00 **
		17点以上28点以下	-0.31	0.00 **
	29点以上	29点以上	0.49	0.00 **
		16点以下	-0.81	0.00 **
		17点以上28点以下	-0.49	0.00 **
調査2	16点以下	17点以上28点以下	0.20	0.05
		29点以上	0.51	0.00 **
		17点以上28点以下	-0.20	0.05
	29点以上	29点以上	0.31	0.00 **
		16点以下	-0.51	0.00 **
		17点以上28点以下	-0.31	0.00 **

\*: 平均の平均の差は .05 で有意

開発を行なった連携評価尺度で測定した結果を基に、保健師の勤務年数、予算の獲得状況についての関係を明らかにした。また、介護支援専門員の連携評価尺度の測定結果との比較を行なった。

(1) 連携活動尺度得点の結果と勤務年数

連携活動尺度の得点と保健師の勤務年数との関係について相関分析を行なってみたところ、弱い相関がみられ、勤務年数が高いと連携評価尺度の得点が高い傾向がみられた。

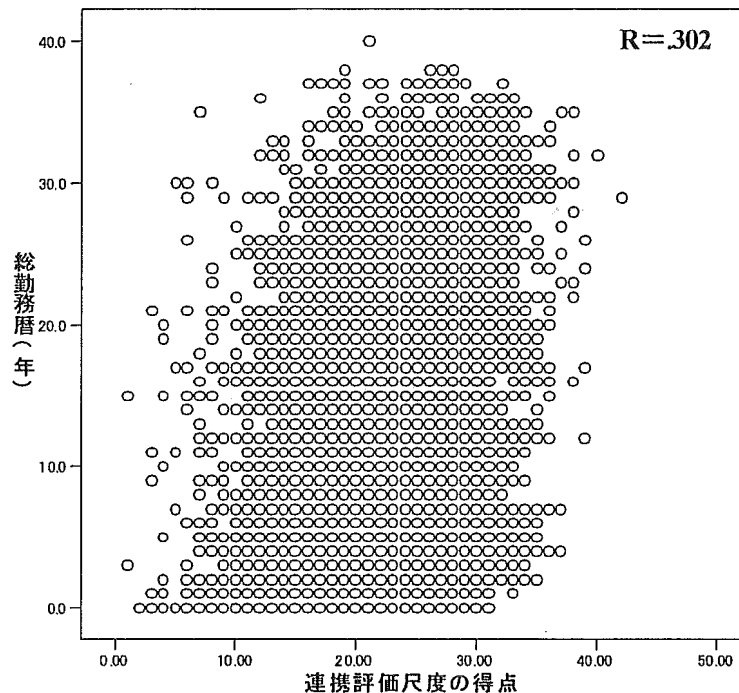


図 76 連携活動尺度得点の結果と勤務年数

(2) 連携活動尺度得点の結果と予算の獲得状況

連携活動尺度の得点と予算の獲得状況との関係については、連携尺度得点を低い；16点以下、平均；17～28点、高い；29点以上に区分し、それぞれの区分ごとに予算総獲得金額の平均値を算出し、その値を比較した。その結果、連携評価尺度の得点が高いものほど予算の獲得金額の合計値が高い傾向がみられた。

表 64 連携活動尺度得点の結果と予算の獲得状況

		平均値
連携	低い	222.1
	平均	395.3
	高い	740.3
合計		493.3

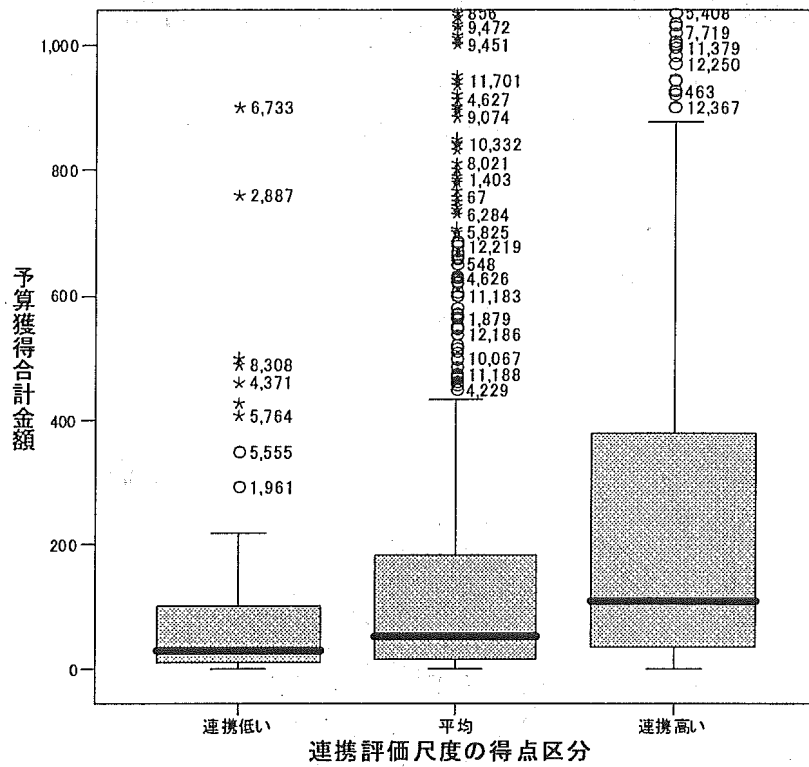


図 77 連携評価尺度の得点区分

(3) 他職種（専門員）との比較

連携評価尺度の得点について、同様の評価尺度を用いた地域福祉権利擁護事業の専門員で測定を行った結果と比較してみると、保健師の平均値と専門員の平均得点は、ほぼ同じであることが示された。

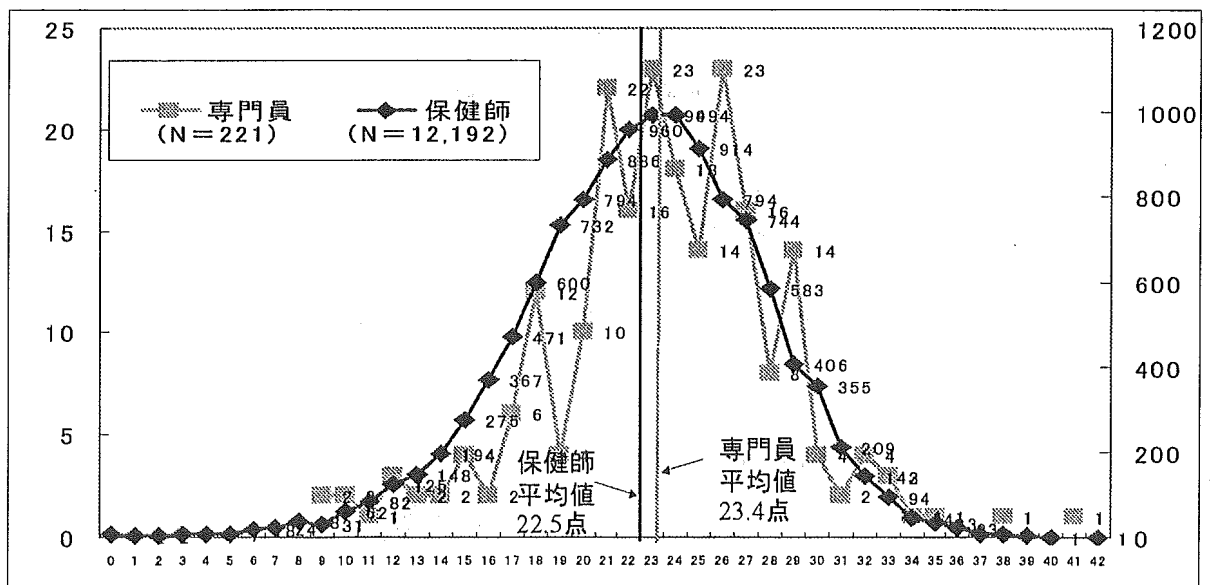
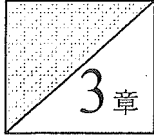


図 78 他職種（専門員）との比較



## まとめ

### 1. 保健師にとっての連携活動の意味

近年、我が国では、少子高齢化の進行に伴う家族介護力および子育て機能の低下<sup>1,3)</sup>、医療技術の進歩による慢性疾患患者の増加<sup>1,2)</sup>等を背景に、住民の保健・医療・福祉ニーズは複雑かつ多様な傾向を呈している<sup>1,2)</sup>。こうした住民の複雑かつ多様なニーズに対応するため、保健・医療・福祉領域の専門家は、地域における社会資源の種類および量を見定め、関連機関や関連職種と互いに連携しながら、適宜、適切なサービスを総合的に提供していくことが望まれている<sup>4)</sup>。

このことは、地域保健従事者が積極的に連携ネットワークを構築しなければならないことを意味していると考えられる。保健師にとって住民の健康に関連する問題全般について幅広く関与し、かつ他職種・他機関との連携が業務上不可欠であることから、その活動の中核が連携であるともいえる。このため従来の保健師等を対象とした連携（Collaboration）に関する研究は、連携することによって期待される成果についての報告、連携の促進および阻害要因について検討し報告が多数を占めているのである。

例えば、前者の研究の成果としては、連携をすることによって、より適切かつ効果的なサービス支援計画が作成できると同時に、その計画が迅速に実行される可能性が高くなることが明らかとなっている<sup>7,9)</sup>。また、後者の研究の成果としては、関連職種・機関間で様々な情報を共有する場や時間を設けること<sup>10-13)</sup>、お互いの仕事内容や役割・事業内容について理解すること<sup>10-12)</sup>等の個人的要因、縦割り行政や<sup>2,12)</sup>各専門職が所属する機関における指令系統の差異<sup>12,17)</sup>等の社会的要因が連携に関与することが明らかとなっている。

このうちの社会的要因は、連携を促進する上で改善すべき重要な要因ではあるが、それらに介入し変革していくことは決して容易なことではない。各々の専門家が地域住民の便益により直接的にかかわっていることを考慮するなら、現実的には、個人的要因に該当する連携促進活動を保健・医療・福祉領域の専門家が積極的に展開していくことが望まれよう。

しかし、従来の連携に関する研究の多くは回答分布を報告するにとどまっており、連携活動の実態と連携機関とのネットワークの実態を検討した研究はほとんどなかった。

近年、保健・医療・福祉従事者間における連携が必要であるとの意見は多くなされており、来年度からは、介護保険制度の改革の第一歩として、保健と福祉と介護との連携によって介護予防事業がはじまることが決定された。この事業においても総合的なサービス提供の基盤となる連携、とりわけ各種専門機関とのネットワーク（以下、連携機関ネットワーク）と専門職との連携活動は重要であり、この連携の実態とその特徴を明らかにすることは、保健・医療・福祉領域の専門家にとって有益な情報が得られるものと期待されよう。とくに本研究では、評価尺度の妥当性の検証について全国の市区町村に所属する保健師に対する悉皆調査をおこなうことができたことから、サンプリングバイアスを最小限にとどめた、より信頼性の高いデータが得られたものと推察される。

なお本研究では、従来の連携の定義に関する報告<sup>15,18)</sup>を参考に、連携を「業務を遂行する際に関係機関・他職種等と、情報の共有化を図り、協力し合い活動すること」と定義し使用した。

## 2. 保健師が連携している機関および専門職

保健師の業務は、多岐にわたり、母子保健、成人保健、老人保健、感染症保健、精神保健、難病対策、学校保健、産業保健といった領域が挙げられる<sup>15)</sup>。この中でも、政令指定都市や市町村においては、老人保健や母子保健、精神保健に重点が置かれつつあることも示されてきた<sup>16)</sup>。

本研究の結果で得られた連携している専門機関の実態は、市区町村の保健師の業務内容を反映したものであると推察される。保健所や医療機関といった保健・医療関連機関と連携していると回答している者の割合が約90%以上という高い値であるのに対し、児童相談所、福祉事務所や精神保健福祉センターといった公的な福祉機関をはじめ、知的障害者福祉施設や精神障害者社会復帰施設、介護老人保健施設等の福祉施設と連携していると回答した者の割合は少なかった。

この理由として、保健所や医療機関は、保健師の働く先に示したいずれの領域においても共通して連携する機関であることが考えられる。上林（2003）の行政保健師の保健活動における他機関との連携状況の報告によれば、保健師は、様々な領域で業務をおこない、多くの関連機関や、職種との連携が必要とされているが、医療機関や保健所と比べて、福祉施設等とは連携していない傾向にあることが指摘されている<sup>17)</sup>。したがって本研究の結果は、上林らの研究が全国的な傾向としてもいえることを実証したものと考えられる。

さらに、専門職種との連携においては、「連携していて、とても役に立っている」が最も多かったのは、「栄養士」6,345名（53.7%）、次いで「他機関の保健師」4,818名（0.8%）、「歯科衛生士」4,973名（42.1%）であった。「連携していない」が最も多かったのは、「薬剤師」8,327名（70.4%）、次いで「精神保健福祉士」6,033名（51.0%）、「自主グループ」5,147名（43.5%）であった。

これは、保健師が従来から公衆衛生の領域で行なってきた栄養指導や歯科衛生指導においては、すでに栄養士や歯科衛生士との連携は確立されているが、今後、連携が求められている職種である福祉領域の社会福祉士や介護福祉士、さらには、新たにはじめられることになる介護予防事業などで連携が必要となるケアマネージャーらとの連携は、十分でないことが明らかにされたものと推察される。

## 3. 業務への負担と精神的健康度

保健師が担当する業務の領域は、「保健」がもっとも多く6,479名（54.7%）であった。次いで「保健福祉」が3,525名（29.7%）であったが福祉や介護領域で働く者も約15%程度いた。

来年度から、本格的に介護予防事業が実施され、市町村においては保健師への役割が期待されているが、すでに「要支援者への介護予防」や「非認定者（要介護認定後、“自立”と認定された者）のフォロー」、介護サービス事業者・施設との連携・調整はよく行なわれているが、「介護サービス計画（ケアプラン）の作成指導およびチェック」、「介護サービス事業者・施設への指導・助言」などは、行なっていなかった。新たな事業では、要支援者の自立へ向けて介護サービス計画の作成等にも保健師が関与するものと考えられており、早急に対応を考える必要があるだろう。

また介護保険制度に関連する地域保健活動の取り組みとして、最も重要だと考えられているのは「健康づくり、介護予防活動の強化」であるとの認識があり、従来の老人健康事業の延長としての認識はあるが、老人福祉事業との連携や介護支援専門員への指導や介護サービス計画への関与については、重要との認識は低く、保健師の意識としては、介護保険制度に関する業務が、保健師の重要な「本来の業務だと思っている」が62.9%と回答されているものの、「そうでない」との認識も37.1%であり、円滑な事業運営が行なわれるか否かについては、今後の課題となると予想される。



現状の業務実態については、「急いで、仕上げなければならない業務がいつもある」、「人員配置数が不十分な業務」、「新しい知識や業務の取得が必要な業務」がいつもあるとの回答が多く業務の過多に関する不満があるものと予想された。このうち保健師が強く負担だと感じる業務は、「一度に、たくさんの種類が重なった業務」、「急いで、仕上げなければならない業務」「人員配置数が不十分な業務」をすることを負担だと感じている者が多く、保健師は普段の業務を負担と感じていることが推察された。

なお、本研究では、これらの解析結果から、「業務の過多」3項目、「業務環境に対する不満」5項目、「能力の欠如感」4項目の3領域を仮定し、その因子構造モデルのデータへの適合度を確証的因子分析に確認し、日常業務負担感尺度の構成概念妥当性を検証しており、この評価指標によって現状の業務の認識を評価することができると考えている。

また、活動を行っている保健師の精神的健康度については、約40%程度の保健師が不健康な状態であった。しかし、年齢や総勤務年数が増加するほど、精神的健康度が良好に転じる傾向がみられた。とくに20,30代の保健師の精神的健康度は低く、課題である。

#### 4. 保健師の連携活動の評価

##### (1) 連携活動能力の実態

保健師の連携活動は、月に2-3回が最も多く、次いで週に2-3回と続き、連携活動を行っていない者は、ほとんどいなかった。他機関、他職種との連携状況から、保健師はすでに様々な機関や専門職者との連携を行っており、連携の必要性については認識されていることが明らかになった。

また、近年国がすすめてきた、保健師による新規事業の企画や、提案といった取組みはよく行なわれており、企画の提案をした経験がある者が、全体の約5割を占め、事業の予算書については、全体の6割以上が書いた経験があった。ただし、これらの新規事業を実現した者は3割程度で、企画はするものの事業化は、難しい状況にあることが推察された。

本研究では、保健師の業務の中核を占め、その必要性が認識されている「連携」に関する活動能力を評価する指標を「情報共有」、「業務協力」、「関係職種との交流」、「連携業務の処理と管理」を構成概念とした連携評価尺度を用い、その妥当性や信頼性を検証した。

保健師における一般的な連携活動状況からは、業務協力やそれに伴う情報の共有に関しては、行われている割合が高いが、新たな企画の提案、予算獲得に関する連携については、課題が残されていることが示された。これは、実態として新規事業における予算獲得は難しく、したがって企画はしても実現が困難である状況を反映していると考えられる。

開発をおこなった連携評価尺度で測定を行った結果と、社会福祉領域の職種である地域福祉権利擁護事業に従事する専門員の評価結果と比較した結果、若干、保健師の連携活動能力の平均得点は低い傾向がみられた。専門員の場合は、この得点が高いほど、契約件数が多いことが示されていたが、保健師の場合は、この得点が高いほど予算の獲得額が高かった。

また連携活動能力得点は、「一般」は「主任」「主査」「係長」「課長補佐」「課長」よりも、連携活動評価尺度得点が低い傾向にあることが示唆され、「主査」は、「一般」「主任」よりも、連携活動評価尺度得点が高いが、「係長」「課長補佐」「課長」よりは、得点が低いことが明らかとなっており、職位が高いほど連携活動能力得点が高い傾向があった。同様に年齢階層が高いほど、平均得点も高くなっていた。

##### (2) 所属部署別の連携活動能力

所属部署との関連においては、専門機関との連携は、保健福祉部署の保健師の得点が高く、介護部署

の保健師の得点が低いことが示唆された。保健福祉分野の保健師は、多くの専門機関との連携を行なっていることが示唆された。さらに専門職との連携においても専門機関との連携と同様に、保健福祉部署の保健師の得点が高く、福祉や介護部署の保健師の得点が低いことが示唆された。しかし、連携活動能力得点は「福祉」群は、「保健」、「保健福祉」、「介護」群よりも、連携活動評価尺度得点が高い傾向にあることが示唆された。「保健」と「介護」群は、「保健福祉」「福祉」よりも、連携活動評価尺度得点が高い傾向にあることが明らかとなった。

すなわち、福祉部署に配属されている保健師は、他の所属部署にいる保健師達よりも多様な専門職や専門機関との連携は行なっていないが、自らの連携活動能力得点が高く、限られた連携領域での活動を行なっているため得点が高いことが明らかにされた。一方、介護領域の保健師は、連携活動能力得点が低く、多様な機関や人々との連携も行なっていないことが示唆された。

### (3) 一般的な連携活動と個別事例への連携活動における連携活動能力

保健師の活動は、ヒアリング調査によって、一般的な健康活動と特定の個人の生活問題の解決を行なう活動が存在し、これらの活動毎に連携の方法や連携実態が異なるとの結果を得たことから、調査としては、一般的な連携活動に関する能力評価と個別事例の問題解決に関わる連携能力の評価を行なった。ただし個別事例に関しては、当該保健師が最も印象に残った1事例についての調査を行なった。この1事例については、保健師が7割以上、改善したと考えていた事例であり、成功事例の連携実態と推察される。

一般的な活動において保健師が連携していたのは、保健所や市町村保健センターであったが、個別事例では、医療機関が最も高い割合を示していた。専門機関との連携得点は、個別的事例の場合が低いが、連携活動能力得点は高かった。この傾向は、改善したと保健師が考えている事例を扱った専門機関への連携得点と連携活動能力得点においても同様であり、都市規模別（政令、中核、その他の市町村）、地域別、職位別、年齢階層別、所属部署別においても、一般的な事例よりこれまでに印象に残った1事例の得点の方が専門機関との連携得点においては低い得点が示され、連携活動能力得点は、高く示されていた。

したがって、個別事例の解決には、必ずしも多くの機関との連携が必要なわけではなく、保健師自身の連携能力が高いことが問題の解決には寄与することを示唆していると推察された。

以上のように、保健師にとって解決した困難事例における連携活動能力得点が高かったことは、保健師の活動を連携活動能力評価尺度で評価することが可能であることを示唆していると考えられた。

### (4) 都道府県別連携活動能力

機関との連携得点が高かったのは、山梨県で順に島根県、長野県、岩手県、佐賀県であった。最も低かったのは、徳島県で、順に愛知県、神奈川県、福井県、群馬県、千葉県と示された。

専門職との連携の得点が高かったのは、富山県で、順に岡山県、山梨県、鳥取県、長野県と続いていた。最も低かったのは、徳島県で、順に福井県、大分県、高知県、群馬県の順であった。

連携活動能力得点が高かったのは山梨県で順に鹿児島、島根県、宮崎県、富山県であった。最も低かったのは、徳島県で順に群馬県、愛媛県、福井県、埼玉県と示された。

県別の比較は、収集されたデータ数が県毎に大きく異なっていたため、一般化はできないが、ある一定の件数が収集された大阪府や北海道、千葉県などにおいては、市町村別の傾向も示され、有益な資料となると考えられた。また来年度のヒアリング調査の際の資料となると考えられた。

## 5. 今後の課題

連携活動能力尺度には、サービス提供に必要な知識や情報の収集や、他の専門職との会議への参加、他機関の業務や実施に関する内容や専門職の把握、自分の業務内容に関する情報の他機関に対する伝達等が含まれており、これらの活動を頻繁に行なうことが困難事例の解決や新規事業の提案や実施においても重要であることが示唆された。

Polivka ら (1997) は、日本の保健所に相当する公衆衛生機関 (Public Health Agency) と精神保健センター (Mental Health Agency) に所属する職員の連携に関する研究において、お互いの機関の職員についての認知や、職員間で個人的なつながりがあるといった状況的要因 (Situational factors) が、情報や資源の交換といった過程 (Interagency processes) に有意な影響を及ぼしていたことを報告している<sup>18,19)</sup>。取り扱っている要因の内容はやや異なるが、本研究で得られた結果は、おおむね Polivka らの知見と整合するものともいえよう。

佐伯ら (2003) の保健師の専門職務遂行能力に関する研究では、保健師の経験年数や、職位において、地域システムの構築や、その調整能力に有意な差があることを指摘している<sup>20)</sup>。地域システムの構築や、調整といった活動には、保健師自身の専門職務遂行能力といった要因が影響していることが想定され、本研究で職位によって連携活動能力得点に差が示されたことは、佐伯の研究結果を支持している。

他方、門間 (2000) の保健婦のエンパワーメントの構造と規定要因に関する研究では、管轄人口が少なく、経験年数が長く、他職種へよく相談し、達成動機が高いことが、保健婦の主体性 (自身や組織の成長・発展のために主体的に取り組む姿勢) に有意に影響することを報告している<sup>21)</sup>。すなわち、連携活動を規定する要因として、保健師自身の達成動機などが想定されるということであろう。これは、本研究において、専門機関との連携得点が高い者が必ずしも連携活動能力得点が高くなかったことと関連するものと考えられる。

以上、本研究で得られた知見は、他の保健・医療・福祉の専門家における連携を促進するための基礎資料となるものと期待され、すでに福祉領域で地域福祉権利擁護事業に携わる専門員に対する全国調査を実施しているが、ケアマネージャーなど他職種における実態も検討することが地域における保健福祉活動の推進に役立つと考えている。

最後に、連携をおこなう本来の目的は、利用者に対してより良い保健・医療・福祉サービスを提供することが大きな目標であるため、機関との連携が有効であったかどうかについてのアウトカムとなる要因との検討も必要である。例えば、サービス利用者の満足度や、サービス提供者によるサービス提供後の評価、問題の解決状況、関係機関や専門職間でおこなわれた連携に対する満足度等が検討されなければならない。

今後は、連携の目的や必要性に対応させて連携を評価するための尺度の開発、専門家自身の能力や職務に対する意欲や動機といった個人的要因、所属している機関の特徴や業務内容を含めた業務遂行に關係する社会的要因との総合的かつ慎重な検討が必要と考えられる。

## 参考文献

- 1) 厚生労働省 (2003). 地域保健対策の推進に関する基本的な指針.
- 2) 山手茂 (1996). 保健・医療・福祉の総合化とネットワークング. (山手茂著. 福祉社会形成とネットワークング、p124-155 : 亜紀書房)
- 3) 道下進 (1994). 地域保健とケア・コーディネーション. 保健婦雑誌、50 (10) : 778-783.
- 4) 平野かよ子 (1994). ケア・コーディネーションの行政的背景と保健婦のコーディネーション機能の向上. 保健婦雑誌、50 (10) : 772-777.
- 5) 菊池和則 (2000). 他職種チームの構造と機能. 社会福祉学、41 (1) : 13-25.
- 6) 信川益明 (2002). 2次医療圏における保健・医療・福祉の連携推進システム構築の方法論と評価. Health Sciences、18 (1) : 19-22.
- 7) 副田あけみ (1997). ケースマネジメントのモデル. (副田あけみ. 在宅介護支援センターのケアマネジメント. p3-60 : 中央法規)
- 8) Julie, S., Abramson, B. (1995). Interdisciplinary and Interorganizational Collaboration. (R. L., Edwards. Encyclopedia of Social Work. 1479-1489. Washington,DC : NASW Press)
- 9) Julie, S., Abramson ., Terry, M. (1996). When Social Workers and Physicians Collaborate : Positive and Negative Interdisciplinary Experiences. Social Work, 41 (3) : 270-281.
- 10) 鳥海直美 (2003). 訪問介護事業所におけるコーディネート実践に関連する要因—サービス提供責任者による実践に焦点をあてて—. 厚生の指標、50 (11) : 1-6.
- 11) 伊藤千加子、杉田清美ら (2003). 介護保険下において看護職が感じている「連携を阻害する要因」と「今後の課題」—交流会参加者へのアンケート調査の分析より—. 日本看護学会論文集 33 回地域看護 : 96-98.
- 12) 加藤順吉朗 (1995). 保健・医療・福祉の連携の現状—愛知県における意識実態調査から. 公衆衛生、59 (3) : 185-190.
- 13) 朱膳寺さつき、杉山静ら (2000). 産業保健と地域保健の連携についての検討—産業看護職の実態調査を通して—. 産業衛生学雑誌、42 : 228-236.
- 14) 豊田秀樹 (1998). 統計ライブラリー 共分散構造分析[応用編]—構造方程式モデリング—. 朝倉書店. 東京.
- 15) 日本看護協会 (1999). 保健婦 (士) 業務要覧. 第9版 : 日本看護協会出版会.
- 16) 野村陽子 (2004). 市町村保健師をめぐる議論. 公衆衛生、68 (5) : 336-339.
- 17) 上林美保子 (2003). 保健活動における他機関との連携状況と今後の課題. 岩手県立大学看護学部紀要、5 : 37-45.
- 18) Barbara J. Polivka, . Carol. K. (1997). Collaboration Between Local Public Health and Community Mental Health Agencies. Research in Nursing & Health, 20 : 153-160.
- 19) Barbara J. Polivka, . Serena, . H. D. (2001). Interagency Relationships Among Rural Early Intervention Collaboratives. Public Health Nursing, 18 (5) : 340-349.
- 20) 佐伯和子、和泉比佐子 (2003). 行政機関に働く保健師の専門職務遂行能力の測定用具の開発. 日本地域看護学会誌、6 (1) : 32-39.
- 21) 門間晶子 (2000). 保健婦のエンパワーメントの構造と規定要因の分析. 日本看護科学会誌、20 (2) : 11-20.